

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN ASSAINISSEMENT ET MAINTENANCE INDUSTRIELLE

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : 001_00_B / CODE APORTEUR (N° ORIAS) : _____ R



A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

ENTREPRISE

(CONTRAT EC_ USA, _____)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : Base conventionnelle / Option 1

CATÉGORIE DU RÉGIME APPLICABLE AU SALARIÉ : Ensemble du personnel / Cadres* / Non-Cadres*

RAISON SOCIALE :

N° SIRET : _____

CORRESPONDANT ENTREPRISE / FONCTION :

MME M. NOM : PRÉNOM :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____

* En application des dispositions à la convention nationale de retraite et de prévoyance du 14 mars 1947 (art. 4, 4bis et 36 de l'annexe I).

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION : ____/____/20____ DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE : ____/____/____

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ - NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

RÉGIME : GÉNÉRAL LOCAL (ALSACE-MOSELLE) / (Je bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici :)

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ - VILLE :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____

COTISATIONS EN % PMSS

| | | CHOIX 1 | | CHOIX 2 |
|--------------------------------------|---------|----------------------|-------------|---------------------------|
| | | BASE CONVENTIONNELLE | OPTION 1 | OPTION 1 (y compris Base) |
| Régime Général | Adulte | 0,81% PMSS | +0,72% PMSS | 1,53% PMSS |
| | Adulte | +0,81% PMSS | +0,72% PMSS | +1,53% PMSS |
| | Enfant* | +0,51% PMSS | +0,40% PMSS | +0,91% PMSS |
| Régime Local (Alsace-Moselle) | Adulte | 0,31% PMSS | +0,70% PMSS | 1,01% PMSS |
| | Adulte | +0,31% PMSS | +0,70% PMSS | +1,01% PMSS |
| | Enfant* | +0,18% PMSS | +0,40% PMSS | +0,58% PMSS |

*Gratuité à partir du 3ème enfant

Selon le régime collectif obligatoire choisi par l'employeur, les cotisations facultatives pour les options et les ayants droit sont à ajouter à la cotisation de base (en gras dans le tableau case grisée). La cotisation sera prélevée mensuellement sur votre compte bancaire en début de mois.

SIGNATURE EMPLOYEUR / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à :

Le : ____/____/____

SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à :

Le : ____/____/____

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations fournies.

